

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES TRANSDIAPHRAGMATIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Septembre 1919

PAR

Corentin KERBOURCH

Né à Briec-de-l'Odet (Finistère), le 22 janvier 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		GRYNFELTT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
HERNIES TRANSDIAPHRAGMATIQUES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES TRANSDIAPHRAGMATIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Septembre 1919

PAR

Corentin KERBOURCH

Né à Briec-de-l'Odé (Finistère), le 22 janvier 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, Professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
GRYNFELT, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (H).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *), a. l. (ch. de c.).
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. c.).
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.....	DESMONTS, (ch. de c.).
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON * (H) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* H).	J. DELMAS (H).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examinateurs de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président		MM. GRYNFELTT, agrégé.
ESTOR, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

C. KERBOURCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

C. KERBOURCH.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES TRANSDIAPHRAGMATIQUES

INTRODUCTION

Ce n'est guère qu'à partir de 1842 qu'on trouve une étude de cette variété de hernie. Duguet, dans sa thèse inaugurale de 1855, décrit la hernie diaphragmatique congénitale. Boussac s'occupe surtout de son étranglement.

Meunier, dans sa thèse, reprend l'étude de la hernie congénitale.

Le premier travail important est celui de Blum et Ombrédanne (1896). La hernie traumatique y est étudiée assez longuement.

Peu de documents ont été publiés, avant la guerre, sur cette question, particulièrement en ce qui concerne la hernie traumatique.

Considérée comme une affection très rare et dont le diagnostic offre les plus grandes difficultés, elle avait été l'ob-

jet de peu d'interventions presque toutes terminées par la mort.

J. Grange, dans une thèse de Lyon (1896), avait pu réunir une cinquantaine d'observations dont dix se rapportant à des hernies congénitales. Deux fois seulement, le diagnostic fut porté pendant la vie, six fois il y eut étranglement et quatre interventions se terminèrent par quatre décès.

Tel était, à peu de choses près, le bilan de la chirurgie de la hernie transdiaphragmatique avant la guerre.

Depuis, la fréquence des plaies thoraco-abdominales a eu comme conséquence naturelle la fréquence relative des hernies transdiaphragmatiques traumatiques. Les unes, décelées par l'intervention primitive, sont particulièrement graves en raison de l'atteinte de l'état général qui les accompagne. Les autres, beaucoup plus lentes dans leur évolution, beaucoup moins bruyantes dans leur symptomatologie, sont surtout celles qui intéressent le chirurgien. Elles demandent souvent à être recherchées et étudiées de près, car le diagnostic ne s'impose pas d'emblée. La thérapeutique est essentiellement chirurgicale. Les résultats, peu brillants au début, peuvent être considérés, actuellement, comme très satisfaisants. Toutes les interventions faites dans les premières années de guerre, de 1914 à 1917, se sont jugées par 95 p. 100 de décès. Actuellement, au contraire, nombreux sont les cas de guérison post-opératoire. La statistique la plus récente portant sur dix-neuf cas d'intervention donne cinq décès, soit environ un quart seulement. On voit donc que la technique opératoire est actuellement bien réglée et qu'il importe, dans tous les cas, d'intervenir après un diagnostic précoce.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

On a l'habitude de diviser les hernies diaphragmatiques en hernies congénitales et hernies traumatiques entre lesquelles on range une troisième variété: les hernies graduées.

La *hernie congénitale* remonte à la vie embryonnaire, elle se fait au niveau d'un orifice diaphragmatique qui résulte d'un défaut de formation du muscle phrénique. Elle ne nous retiendra pas.

La *hernie traumatique* peut se produire:

- 1° Immédiatement après le traumatisme;
- 2° Quelques temps après.

Notons que la plaie diaphragmatique à l'origine de la hernie peut être de nature très variable.

Le cas le plus fréquent est le séton par balle ou éclat d'obus (plaie thoraco-abdominale).

Plus rarement, il s'agit de plaie par instrument tranchant (observation de Gaudier).

Exceptionnellement de rupture du diaphragme par chute, effort ou ensevelissement (cas de Weiss).

Premier cas: *Hernie précoce*. — Dès l'ambulance, le blessé est classé: plaie thoraco-abdominale avec hernie

transdiaphragmatique. Il s'agit le plus souvent d'un traumatisme très grave. Le shock traumatique est intense. L'intervention, qui est cependant le seul traitement à envisager, est le plus souvent impuissante à empêcher la mort. Les cas de Abadie, Vinon rentrent dans cette catégorie. Aucune observation de survie post-opératoire n'a été publiée à notre connaissance.

Deuxième cas : *Hernie ne se manifestant que plus tardivement*. — C'est le plus grand nombre et encore y a-t-il de très nombreuses variations, soit que la hernie reste pendant très longtemps latente, ce qui doit se produire dans la majorité des cas, soit que, effectivement, elle ne se produise que très longtemps après l'accident.

Pour expliquer cette différence d'évolution, Auvray (*Bulletin Société de chirurgie*, 1919), pense que l'orifice diaphragmatique se produirait tardivement dans certains cas, le traumatisme initial ayant créé simplement un défaut de résistance des fibres phréniques, ou une solution de continuité à peine marquée dans le muscle.

Pour Baumgartner, l'orifice existerait d'emblée, immédiatement après la blessure, mais il se ferait secondairement des adhérences tendant au comblement partiel de l'orifice diaphragmatique. Ce n'est que plus tardivement et sous l'influence d'un traumatisme quelconque que se reformerait l'orifice avec ses dimensions primitives : ainsi se constituerait la hernie diaphragmatique tardive. La date d'apparition des premiers symptômes est, en effet, très variable suivant les observations.

Dans les cas où elle est relativement précoce, on trouve :

3 semaines après le traumatisme (Weiss).

2 mois après le traumatisme (Gaudier).

2 mois et demi après le traumatisme (Auvray).

Au contraire d'autres observations accusent des délais incomparablement plus longs :

18 mois dans un cas rapporté par Abadie.

22 mois dans une observation de Faguin.

Plus de 2 ans chez un malade de Baumgartner, et chose curieuse, le même blessé avait été radiographié dix-huit mois auparavant et opéré. Son observation ne mentionnait pas l'existence de hernie diaphragmatique. Le malade de Legrain et Quénu, blessé depuis plus d'un an, avait pu reprendre son service et mener la vie pénible du front.

Les exemples précédents montrent bien que, dans beaucoup de cas, la hernie diaphragmatique doit se constituer lentement et que l'explication pathogénique de Baumgartner mérite quelque crédit.

Ainsi se constitue la hernie tantôt précoce, tantôt plus tardive, facilitée par l'aspiration thoracique. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une hernie puisqu'il n'y a pas de sac : le péritoine s'arrête en effet au pourtour de l'orifice diaphragmatique ; exceptionnellement, on peut voir l'épiploon coiffer les viscères herniés ; ceux-ci sont parfois aussi recouverts par une mince lame d'apparence séreuse. Mais il n'y a, en aucun cas, de sac comparable à celui d'une hernie, il s'agit plutôt d'une véritable éviscération intrathoracique.

L'orifice diaphragmatique est de forme et de dimensions différentes, de forme ovale le plus souvent ; ses dimensions moyennes sont de 6 à 8 centimètres dans son plus grand diamètre ; 5 à 6 dans le diamètre perpendiculaire. Les bords en sont le plus souvent souples et minces mais, parfois, au contraire, ils présentent une consistance plus grande : ils sont nettement rigides et n'ont aucune tendance au rapprochement. Ils rendent la suture difficile et obli-

gent le chirurgien à recourir à l'obturation autoplastique. Lorsque la masse herniée est très volumineuse, les dimensions de l'orifice peuvent être beaucoup plus grandes; c'est ainsi qu'il pouvait admettre les deux poings dans un cas de Baumgartner.

Ajoutons enfin que l'orifice diaphragmatique siège le plus souvent à gauche, naturellement.

Les viscères herniés sont le plus souvent: l'estomac, le côlon transverse et l'angle colique gauche plus rarement des anses grêles et la rate.

L'estomac est le viscère le plus souvent rencontré. On peut dire que sa présence est notée dans toutes les observations. C'est surtout le fond que l'on rencontre dans la hernie; il constitue le plus souvent une poche supérieure communiquant avec la partie sous-diaphragmatique par un orifice rétréci, correspondant à l'orifice phrénique. Aussi l'estomac se présente-t-il dans tous les cas de hernie transdiaphragmatique comme un organe biloculaire. Des adhérences le fixent secondairement dans cette situation anormale; on conçoit ce qu'à d'instable pareille disposition, elle explique la fréquence relative de l'étranglement, parfois même du volvulus (Lecène).

L'angle colique est rencontré assez souvent aussi (Legrain, Quénu, Cotte, Chenier, Dujarier, Gaudier, Wiart).

Les anses grêles sont plus rarement rencontrées par les auteurs.

Il en est de même de la rate (voir obs. n° II). Cotte a cependant rencontré la rate dans un cas, a pu traiter la lésion par voie thoracique et fait remarquer à ce sujet le jour excellent que donne cette voie pour l'accès sur la rate et la préconise dans la splénectomie.

La situation des viscères est extrêmement variable avec le siège, les dimensions et la nature de l'orifice diaphrag-

matique. Il en est de même des conditions dans lesquelles ils se présentent à l'opérateur. Ils peuvent être complètement libres, c'est le cas le plus fréquent signalé par les auteurs. Dans la plupart des observations, et sous la condition que la voie choisie ait été convenable, la libération des viscères et leur réduction dans l'abdomen a été facile.

Au contraire, dans quelques cas, les adhérences, tant aux bords de l'orifice qu'aux parois endothoraciques, étaient telles que la libération a été extrêmement laborieuse, parfois même impossible.

Lecène a dû, chez un de ses malades, laisser une portion de l'estomac non réduite; la guérison s'est cependant produite.

Enfin l'étranglement des viscères est fréquemment noté. Nous avons déjà indiqué que Grange, dans sa thèse (Lyon, 1896), signalait six cas d'étranglement sur cinquante observations. La statistique la plus récente porte sur dix-neuf cas opérés depuis la guerre avec quatre cas d'étranglement trois morts, une guérison). Si l'on prend les cas d'étranglement non opérés, leur nombre est considérable (Legrain, Quénu, Abadie).

L'agent de l'étranglement est naturellement constitué le plus souvent par les bords plus ou moins rigides de l'orifice diaphragmatique. Il faut signaler comme cause exceptionnelle le volvulus des viscères herniés (volvulus de l'estomac, cas de Lecène). Telles sont les principales lésions rencontrées et leur évolution la plus fréquente.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Les hernies diaphragmatiques que l'on rencontre à l'intervention primitive ont une symptomatologie assez confuse, en raison de l'état de shock présenté par ces blessés graves thoraco-abdominaux. Nous n'y insisterons pas.

Dans les cas à évolution plus lente, les signes cliniques méritent d'être précisés.

Pendant longtemps, la latence est absolue, soit que la production de la hernie soit effectivement tardive, soit que, déjà constituée, elle ne manifeste sa présence par aucun symptôme. La hernie constituée se manifeste presque toujours par une symptomatologie le plus souvent gastrique en raison de la fréquence de la hernie de ce viscère.

Deux symptômes sont particulièrement importants :

Les douleurs ;

Les vomissements.

Les *douleurs* sont constantes ; elles sont épigastriques avec irradiations thoraciques surtout à gauche. Elles présentent ce caractère d'être provoquées par l'ingestion des aliments et de ne cesser qu'après l'évacuation de l'estomac par le vomissement. Gêne respiratoire et tachycardie vont de pair avec les douleurs ; celles-ci qui cessent avec

les vomissements, se reproduisent à chaque repas; le malade finit par ne plus pouvoir s'alimenter; la dénutrition est rapide.

Un des signes importants, sur lequel a été attirée l'attention des auteurs, est la cessation des vomissements dans la position couchée et particulièrement dans le décubitus latéral gauche. Gaudier et Baumgartner considèrent ce signe comme pathognomonique. Si l'on en tient compte, il devient dès lors possible d'alimenter les malades, à condition qu'ils restent couchés après leurs repas.

Pour Baumgartner le bruit de glou-glou survenant pendant les mouvements respiratoires serait également caractéristique, car il indique un rétrécissement gastrique au niveau du diaphragme.

Tels sont les signes cliniques de la hernie diaphragmatique constitués: à eux seuls, ils permettent d'affirmer le diagnostic. Que deviennent-ils lorsque la hernie s'étrangle? L'état général du malade est alors à prendre en considération. Le début, après une longue période de symptômes analogues à ceux énumérés plus haut, a été brutal et caractérisé par une violente douleur épigastrique avec vomissements. Le pouls est petit, rapide. Le facies altéré, les extrémités froides, la dyspnée inquiétante.

Un ensemble de symptômes abdominaux et thoraciques peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Symptômes abdominaux. — En dehors de l'arrêt complet des matières et des gaz, ils sont surtout caractérisés par des vomissements fréquents, presque continuels, noirâtres. Malgré ces signes, il n'existe pas de ballonnement, ni de contracture abdominale, le ventre est absolument souple et plat. Seule la région épigastrique est douloureuse. Le malade se plaint, en effet, souvent d'une

douleur très violente dans cette région, ainsi qu'au niveau de la base de l'hémithorax gauche.

Les *symptômes thoraciques*, outre la dyspnée et le point de côté gauche sont caractérisés, le plus souvent, par de la voussure de la base gauche avec immobilité des dernières côtes. Le tympanisme est en général très net. Ces symptômes thoraciques sont en général assez accusés beaucoup plus nets que dans les cas de hernie non étranglée où on obtient peu de renseignements du côté de la plèvre, sauf dans les cas tout à fait récents où l'auscultation indique la présence d'un hémithorax.

Dans les hernies étranglées depuis longtemps on observe souvent des signes de pleurésie putride.

L'évolution de la hernie diaphragmatique est extrêmement variable. La latence est tout au moins au début de l'affection assez fréquente. Nous avons vu précédemment qu'elle peut évoluer pendant longtemps avant de se manifester par une symptomatologie importante. L'étranglement est la complication redoutable: aussi convient-il de faire un diagnostic précoce de cette affection et d'en instituer aussitôt le traitement opératoire.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la hernie diaphragmatique est facile si l'on analyse soigneusement les signes cliniques indiqués plus haut. La constatation de douleurs survenant régulièrement à chaque repas accompagnées de vomissement cessant avec eux et ne se produisant pas dans la position horizontale, doit éveiller, chez un ancien blessé thoraco-abdominal, l'idée d'une hernie diaphragmatique.

Il ne faut pas trop compter sur les signes physiques.

L'examen du thorax est considéré comme peu important par la plupart des auteurs. Auvray indique cependant que, dans certains cas, les accidents pleuro-pulmonaires (hémorhax, pleurésie purulente) pourront mettre sur la voie du diagnostic. Faguin insiste sur le tympanisme, sur les bruits intestinaux entendus à l'auscultation du thorax.

Dans le cas de hernie étranglée, la symptomatologie est beaucoup plus accusée.

La coexistence de signes d'occlusion abdominale et de symptômes thoraciques graves mettront sur la voie et permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

Enfin, dans tous les cas, il y a un moyen de diagnostic dont il faudra user largement, car il donne une certitude c'est la radioscopie ou la radiographie.

Encore faut-il pratiquer la radioscopie dans certaines conditions. Nous ne saurions mieux faire que de résumer ici une des observations de Dujarier (Comptes rendus, Société de chirurgie, juillet 1919).

EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — *Premier examen: projection postéro-antérieure.* — Sans préparation, on voit à jeun une poche d'air volumineuse sus-diaphragmatique à laquelle poumon et cœur impriment des mouvements légers. Au-dessous, la poche d'air contient une certaine quantité de liquide, oscillant à chaque mouvement du malade et dont la surface reste horizontale.

A l'examen de l'abdomen on ne remarque rien de spécial.

En projection antéro-postérieure: aspect beaucoup plus net de la poche sus-diaphragmatique.

En projection oblique: on peut voir que la hernie siège un peu en arrière du sommet de la coupole diaphragmatique.

Deuxième examen. — On fait prendre au malade prudemment une potion gazeuse. La poche se distend et apparaît plus claire. Le liquide qui existait dans le fond de la poche sus-diaphragmatique, tombe dans la poche sous-diaphragmatique. On note alors: au-dessus du diaphragme, une volumineuse poche d'air, dont la partie supérieure se confond avec la courbe d'une côte sur la radiographie. Cette poche se rétrécit au niveau du diaphragme, au-dessous duquel on voit, à la radioscopie, une seconde poche contenant du liquide et au-dessus une couche d'air.

Troisième examen. — Le malade absorbe un repas bismuthé. On constate alors que le bismuth remplit complètement la portion sus-diaphragmatique de l'estomac; au-dessus, poche d'air très nette, étranglement au niveau du diaphragme et une petite poche au-dessous.

Il existe quelques contractions péristaltiques mais qui paraissent se limiter à la portion sus-diaphragmatique. Dans l'examen statique, la zone claire signalée plus haut au tiers antérieur de la partie inférieure, est beaucoup plus apparente. Le malade est revu d'heure en heure. Après six heures, on peut voir une partie de la masse bismuthée au niveau de la partie visible du duodénum.

Vingt-quatre heures après, le malade est revu, le bismuth est encore visible dans la portion sus-diaphragmatique de l'estomac, quoique le malade en ait vomi à plusieurs reprises dans le courant de la nuit ».

L'exemple précédent montre l'importance de l'examen radioscopique qui permet, non seulement d'affirmer le diagnostic, mais encore d'avoir une idée nette sur la nature des viscères herniés et leur situation. Elle permet de voir le plus souvent l'estomac biloculaire avec deux poches dont la supérieure se remplit après l'inférieure sous-diaphragmatique. La présence d'anses grêles ou du côlon sera relevée par des espaces clairs entourant la poche gastrique intrathoracique.

Le diagnostic de la hernie transdiaphragmatique est donc en somme facile dans la plupart des cas. Soupçonné déjà lorsqu'on connaît l'histoire clinique du malade, il peut être affirmé lorsque l'on constate la coexistence de signes abdominaux et de signes thoraciques.

Particulièrement, lorsque l'état général est grave et qu'à des signes d'occlusion intestinale s'ajoutent des symptômes thoraciques alarmants, le diagnostic de hernie dia-

phragmatique étranglée s'impose. Dans tous les cas, la radioscopie viendra lever les doutes, elle a été employée systématiquement dans tous les derniers cas publiés.

Le pronostic de cette affection est essentiellement sérieux. La hernie, une fois constituée, se manifeste par la symptomatologie décrite. La dénutrition est rapide en raison de la répétition des vomissements, de l'intolérance gastrique. L'étranglement, fréquent en somme, est un accident des plus redoutables, très souvent mortel. Aussi convient-il, dès que le diagnostic est fait, de recourir au traitement chirurgical.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

Le traitement de la hernie transdiaphragmatique est essentiellement chirurgical. La méconnaissance seule du diagnostic explique comment les malades peuvent encombrer les services de médecine pendant de longs mois et être soumis à des régimes qui sont loin d'améliorer leur dyspepsie tout à fait spéciale.

Il y a lieu d'envisager dans l'étude du traitement :

1° *Le traitement prophylactique;*

2° *Le traitement curatif.*

1° LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE s'entend de l'intervention primitive et correcte dans les plaies thoraco-abdominales. C'est faire un traitement prophylactique que de suturer soigneusement ces brèches diaphragmatiques par lesquelles pourront ultérieurement s'éviscérer estomac et intestin. Il suffit de lire les belles observations de plaies thoraco-abdominales publiées par Baumgartner (*Bulletin Société chirurgie*, 23 avril 1917), pour comprendre combien de ces cas auraient pu s'accompagner de hernies transdiaphragmatiques.

2° TRAITEMENT CURATIF. — Le diagnostic posé et confirmé par la radioscopie, qui offre l'avantage de préciser les lésions, il faut intervenir. Si l'accord est complet entre chirurgiens, en ce qui concerne l'indication opératoire, il n'en est plus de même en ce qui concerne la voie à suivre. La discussion est vive entre partisans de la voie thoracique et partisans de la voie abdominale et elle ne date pas de la guerre. Les premières interventions semblent avoir été faites par Abel et Neumann; ils intervinrent pour une hernie diaphragmatique étranglée, croyant avoir affaire à une occlusion ordinaire, mais ils ne purent achever leur intervention faite par voie abdominale.

Galassie et O'Dwyer ne furent guère plus heureux.

Schwartz (*Revue de chirurgie*, 1892) fit une laparotomie en vain et ne découvrit qu'à l'autopsie une hernie étranglée du côlon.

Péan était partisan de l'incision sous-costale.

Permann Arsber propose non plus de passer par l'abdomen, mais d'inciser en fer à cheval la paroi thoracique avec résection temporaire des côtes.

Schwartz et Rochard concluent aussi à l'intervention par voie thoracique, même dans les cas où la laparotomie aurait fait reconnaître la hernie diaphragmatique. Il faut alors réséquer la neuvième côte, exciser la plèvre et traiter de façon appropriée les viscères herniés.

Mais cette voie ne saurait convenir complètement à tous les cas : dans les hernies progressives, ainsi que Bérard et Gallois l'ont montré dans un travail : « A propos d'un cas de hernie diaphragmatique étranglée », *Bulletin médical*, 1898, il peut exister entre la plèvre et la hernie des adhérences telles que la libération des viscères herniés soit pratiquement impossible.

Depuis la guerre, le grand nombre d'interventions pra-

tiquées a permis de fixer de façon définitive la technique opératoire. La voie abdominale a été utilisée et préconisée par Gaudier, Wiart, Abadie et Lecène.

Lecène a utilisé une incision sous-costale parallèle au rebord costal avec résection définitive du rebord costal cartilagineux; c'est parmi les incisions abdominales une de celles donnant le plus de jour. Baumgartner l'a employée dans un cas, mais n'a pas pu s'en contenter, le jour était insuffisant, surtout en raison de la situation très postérieure de l'orifice diaphragmatique.

La voie thoracique a été plus souvent employée en particulier par Duval, Hallopeau, Weiss, Baumgartner, Bérard et Auvray.

Dujarier dans ses deux cas de hernie diaphragmatique a utilisé: une fois la voie abdominale, une fois la voie thoracique mais a eu cette impression très nette qu'il fallait toujours commencer par la voie thoracique qui permet plus facilement l'abord de l'orifice diaphragmatique et sa toilette. La laparotomie secondaire est utile surtout pour la réduction des viscères herniés que l'on n'arrive pas toujours à mener à bien par la première voie.

Cotte se rallie lui aussi à la voie thoracique en faisant remarquer qu'elle donne un très large jour et permet, dans les cas où les viscères ne sont pas adhérents, une opération facile et complète. Il a pu, dans son cas, intervenir sur la rate faisant hernie et a eu l'impression que ce viscère était plus aisément abordable par cette voie que par les voies d'accès classiques.

En somme, de l'examen des diverses observations et des nombreuses discussions qui partagent les chirurgiens, il ressort ceci:

En principe, il faut préférer la voie qui conduit d'emblée sur la hernie et surtout sur l'orifice diaphragmatique;

il vaut donc mieux, dans la plupart des cas, débiter par le thorax, surtout si l'orifice est postérieur. L'incision thoracique mène d'emblée sur la concavité diaphragmatique, on est plus près de l'orifice et on arrive plus facilement sur lui. On traitera d'abord la lésion thoracique.

Si la réduction des viscères herniés est cependant impossible par cette voie, il faudra faire la laparotomie secondaire immédiate ou prolonger simplement vers l'abdomen la première incision thoracique (Baumgartner).

Il est des cas cependant où, malgré les voies les plus larges, la réduction est impossible, en raison des adhérences contractées par les viscères (Lecène, Weiss, etc.).

Exceptionnellement, si l'orifice diaphragmatique est très antérieur, on pourra faire une laparotomie d'emblée; en y adjoignant la résection du rebord chondro-sternal, on obtiendra un jour énorme.

Lorsqu'on intervient pour des accidents d'étranglement, la laparotomie d'emblée s'impose; on sera obligé bien souvent de la compléter par une thoracotomie. Le genre d'intervention que l'on sera amené à faire sera variable naturellement selon l'état des viscères herniées (simple débriement avec libération des viscères, résection intestinale ou épiploïque, exceptionnellement splénectomie, détorsion de l'estomac en volvulus dans l'observation si intéressante de Lecène).

TECHNIQUE. — Nous avons vu quelles étaient dans l'ensemble les voies suivies par les chirurgiens. Quelle est la technique opératoire dans le détail?

La voie thoracique comporte la résection de côtes (variable, suivant les auteurs, de la quatrième à la huitième). Il importe de réséquer la côte choisie sur au moins 10 à 12 centimètres de sa longueur. Baumgartner conseille de résé-

quer la septième côte. Cette intervention, à la condition de se servir de bons écarteurs, donne d'excellents résultats. Le jour ainsi créé est énorme et Baumgartner rappelle qu'il a pu, par cette voie, extirper toute la portion thoracique de l'œsophage pour cancer et c'est par cette résection de la septième côte qu'il abordait les corps étrangers du médiastin.

L'incision abdominale la plus généralement employée est longue d'environ 20 centimètres, parallèle au rebord costal; elle sera très utilement complétée par la résection définitive du rebord chondro-costal.

Les lésions largement exposées, quelle que soit la voie choisie, il importe de libérer les viscères herniés, ce qui nécessitera parfois l'agrandissement de la brèche phrénique et la rupture patiente de nombreuses adhérences. L'épiploon, chroniquement enflammé, sera plus utilement réséqué. Les viscères réintégrés dans l'abdomen, reste à faire l'obturation de l'orifice.

Si les bords en sont souples, la fermeture en sera facile à l'aide d'un surjet de catgut.

Si les bords en sont rigides et ne peuvent être amenés au contact et si *a fortiori* il s'agit d'un orifice très large (admettant par exemple les deux poings dans un cas de Baumgartner), il faudra en faire l'obturation par divers procédés.

Gaudier a employé un lambeau d'épiploon.

Baumgartner et Lecène ont employé un lambeau taillé dans le diaphragme et ont suturé la grosse tubérosité au niveau de la brèche.

Faut-il drainer?

La plupart des auteurs préconisent le drainage.

Le drainage pleural est indispensable; il doit être prolongé; pour l'avoir enlevé au bout de quelques jours, Au-

vray a dû intervenir au quinzième jour pour un épanchement purulent.

Gaudier et Walther ont eu les mêmes ennuis.

Le drainage sous-diaphragmatique est utile surtout lorsqu'on intervient pour une hernie étranglée. Auvray, Chénier et Lecène l'ont employé systématiquement.

Les suites opératoires sont actuellement assez encourageantes. La plupart des interventions faites avant la guerre se sont jugées par une mortalité effroyable supérieure à 95 p. 100.

Jaboulay, déclare (*Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, 1899): « Toutes les laparotomies faites se sont terminées par la mort ».

Actuellement, on peut juger de l'efficacité de l'intervention et de ses suites sur vingt cas opérés publiés depuis quatre ans, six malades sont morts des suites de l'intervention, les quatorze qui ont guéri ont pu être suivis assez longtemps pour que leur guérison puisse être jugée définitive; chez certains on a pu par la radiographie se rendre compte des excellents effets de l'intervention.

Si l'on analyse de plus près les cas rapportés, on voit que les derniers cas publiés se sont presque tous terminés par la guérison; c'est bien là la démonstration de la mise au point parfaite de la technique chirurgicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Docteur Vinon)

E..., 60^e régiment d'infanterie, entre à l'ambulance 1-1, le 22 mars 1918.

Sa fiche de blessure porte : plaie thoraco-abdominale par éclat d'obus. Le blessé arrivé très shocké est soumis au traitement classique du shock (réchauffement, injections de sérum et huile camphrée à haute dose). L'état général se remonte un peu ; en raison de la gravité de cet état, on intervient d'urgence.

Sous éther goutte à goutte : excision de l'orifice d'entrée situé au niveau de la sixième côte gauche, en dedans de la ligne mamelonnaire. Le projectile, déjà senti sous la peau dans la région lombaire est extrait avec de nombreux débris vestimentaires. L'incision parallèle à la septième côte donne un jour énorme, elle permet de réséquer cette côte sur 10 centimètres environ de sa longueur. On régularise un gros foyer de fracture des sixième, septième et huitième côtes.

Par la brèche ainsi produite, on aperçoit alors une énorme hernie diaphragmatique constituée par l'estomac gros comme une tête d'enfant, la rate broyée, et l'angle colique gauche.

Très rapidement, on réduit les viscères herniés avec la plus grande facilité; on suture la brèche diaphragmatique. Splénectomie. On referme rapidement la paroi aux fils de bronze. Décès quelques heures après.

OBSERVATION II

(Abadie. *Les blessures de l'abdomen*)

G..., blessé le 7 mars 1916 par éclat d'obus, a été atteint à la région moyenne thoracique gauche (neuvième côte, ligne axillaire). A la troisième heure, on pratique l'esquilectomie de la neuvième côte, on voit alors apparaître l'épiploon qui forme hernie; résection; en le tirant un peu pour nettoyer le collet au niveau du diaphragme, on constate que l'estomac est aussi hernié; il présente une grosse perforation de sa face antérieure, près de la grande courbure. Suture à deux plans. Le diaphragme est suturé et amené au contact de la paroi et fixé dans cette position après passage dans sa brèche d'un drain abdominal. Siphonage pleural par drain indépendant. Laparotomie complémentaire impossible en raison de l'état général. Le blessé meurt neuf heures après.

OBSERVATION III

(Abadie. *Les blessures de l'abdomen*)

L..., blessé le 22 avril 1916, montre un gros sillon thoraco-abdominal latéral droit avec en haut, ouverture large de la plèvre par section des dixième et onzième côtes; en bas, hernie de l'angle colique, de l'épiploon et plaie du bord hépatique écrasé; hémorragie très abondante. Sujet anhélant, pâle, angoissé. Ouverture large par section du pont cutané, les bords du diaphragme sont, après résection large des neuvième, dixième et onzième côtes, affrontés aux lèvres musculaires, afin d'isoler en haut la cage thoracique; l'orifice pleural est ramené à n'admettre qu'un drain dans lequel on fait l'aspiration pour diminuer le pneumothorax total; la cavité abdominale se trouve ainsi isolée.

Nettoyage à l'éther des parties herniées; mèche au contact du foie; drain allant vers la cavité abdominale. Fermeture en un plan, la dyspnée s'aggrave. Décès vingt-quatre heures après.

OBSERVATION IV

(P. Lecène. *Journal de Chirurgie*, 1918)

M..., soldat au 78^e régiment d'infanterie, 25 ans.

Blessé le 4 septembre 1914 par balle de fusil. La balle pénètre en avant, au niveau de l'hémithorax gauche par le quatrième espace intercostal, en dehors du mamelon. Hémoptysie, puis hémithorax abondant qui suppure.

Thoracotomie en octobre 1914. Guérison complète en mars 1915. Retourne à son dépôt, va bien jusqu'en décembre 1915. A ce moment, surviennent des vomissements fréquents, répétés et sans cause apparente. Le blessé maigrit et entre à l'hôpital mixte de Limoges en janvier 1916. Sous l'influence du traitement médical et de la diète lactée, l'état général s'améliore et les vomissements cessent. Mais, brusquement, le malade se met à vomir noir, on le fait passer en chirurgie avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Le blessé est à ce moment dans un état précaire : maigre squelettique, il ne supporte qu'un peu d'eau. Le lavage de l'estomac ramène du liquide noir en quantité. Il n'y a pas eu de selle depuis quinze jours.

Nous pensons aussitôt, en raison de la plaie thoraco-abdominale ancienne, à la possibilité d'une hernie transdiaphragmatique de l'estomac.

Le malade, remonté par une injection de sérum, nous faisons une radioscopie qui confirme le diagnostic ; en effet, après ingestion de bismuth, on voit que l'ombre noire correspondante est nettement intrapleurale, surmontée d'une vaste poche à air. L'ombre cardiaque est en partie cachée par l'opacité du bismuth. Nous tentons une intervention.

Opération. — Courte incision médiane sous-ombilicale pour nous orienter. L'abdomen ouvert, nous apercevons l'estomac qui sort d'un orifice diaphragmatique très large. Comme il est impossible de réduire l'estomac par cette voie, nous refermons le ventre, puis nous faisons une nouvelle incision longue de 20 centimètres environ, parallèle au rebord costal et nous réséquons définitivement le rebord cartilagineux costal. La voie d'accès est dès lors excellente et nous voyons que l'orifice diaphragmatique est large et que l'estomac n'y est pas étranglé mais qu'il existe un

véritable volvulus de l'estomac. On libère assez facilement la portion de l'estomac hernié fixé dans sa position par des adhérences assez lâches, sauf en arrière où celles-ci sont très solides et nécessitent l'emploi du bistouri; une petite déchirure de l'estomac, produite pendant ce temps, est aussitôt suturée à deux plans. L'estomac étant totalement réduit, la brèche diaphragmatique est suturée complètement par un surjet au catgut. Fermeture de l'abdomen en un plan.

L'opération a duré une heure. Le blessé est très shocké; nous lui faisons du sérum intra-veineux, etc. Il se remonte bien mais succombe dans la soirée, huit heures après l'intervention. Pas d'autopsie possible.

OBSERVATION V

(P. Lecène)

H. B..., 35 ans, du 162^e régiment d'infanterie.

Blessé le 4 mai 1915 par un éclat d'obus qui pénètre dans la partie inférieure de l'hémithorax gauche. L'orifice d'entrée est au niveau du huitième espace intercostal, en arrière, près de la ligne axillaire postérieure; pas d'orifice de sortie.

Hémoptysie légère ne durant que quelques jours. Le blessé est gardé six semaines dans une ambulance du front. Évacué le 21 juin sur Limoges. Quelques jours après son arrivée, fièvre et signes d'épanchement pleural. Le 23 juin, résection de la huitième côte et évacuation de deux litres de sang mêlé de pus. La plaie de thoracotomie se fistulise; au bout de deux mois, résection de trois côtes au niveau du trajet fistuleux qui conduit dans une petite cavité pleurale

à parois épaisses ; cette opération suffit à affaïsser la paroi et amène la guérison de cette cavité. Le blessé est réformé temporairement et se porte bien jusqu'en octobre 1916. A ce moment, sans cause apparente, surviennent des vomissements alimentaires et des douleurs vives dans l'hypochondre gauche. Le blessé maigrit et finit par ne plus pouvoir tolérer que les aliments liquides. Etant donnée l'ancienne blessure thoraco-abdominale, on pense aussitôt à la possibilité d'une hernie transdiaphragmatique de l'estomac, d'autant que le malade est indemne de tout passé gastrique. Une radioscopie montre le bien fondé de ces conclusions. En effet, aussitôt l'ingestion de bouillie bismuthée, on voit qu'il existe, dans la cavité pleurale gauche, se mêlant à l'ombre grise cardiaque, une ombre noire opaque, surmontée d'une zone claire qui ne peut être que la grosse tubérosité de l'estomac, herniée dans la plèvre ; au niveau du diaphragme à gauche, il existe un étranglement net, puis au-dessous une ombre opaque, correspondant à la portion intra-abdominale de l'estomac remplie de bismuth.

Opération le 16 décembre 1916. — Incision parallèle au rebord costal gauche, à un travers de doigt de celui-ci et étendue de l'appendice xyphoïde à la douzième côte. L'abdomen ouvert et les lèvres de la plaie fortement rétractées (grâce à la résection costale antérieurement faite, le jour est excellent). Nous apercevons une petite portion de l'estomac qui sort d'un orifice diaphragmatique très visible. Avec le bistouri, nous débridons l'orifice directement en dehors, sur une étendue de 5 centimètres et nous repérons les bords avec quatre longues pinces de Kocher. Tirant alors doucement sur l'estomac, nous réduisons facilement la plus grande partie de l'abdomen. La portion terminale de l'œsophage qui était restée en partie cachée jusque-là, apparaît alors nettement mais nous essayons sans

succès de réduire la totalité de l'estomac; il reste une calotte gastrique très adhérente collée aux adhérences pleurales qui comblent la partie inférieure de la plèvre (à aucun moment, en effet, il n'y a eu de pneumothorax). Nous décidons alors de ne pas prolonger ces manœuvres de décollement qui peuvent devenir dangereuses et nous terminons l'opération par une suture hermétique au fil de lin de l'orifice diaphragmatique débridé avec l'estomac. De la sorte, toute communication entre la plèvre et le péritoine est interrompue et l'estomac ne peut plus remonter dans la cavité pleurale. Fermeture de la paroi en un seul plan aux fils de bronze.

Les suites furent très simples et le blessé sortit guéri, mangeant de tout et digérant parfaitement. Nous avons eu de ses nouvelles récemment et il continue à se bien porter. Une radioscopie, faite trois semaines après l'intervention, montra que la zone noire opaque correspondante à l'ingestion de bismuth, était entièrement sous-diaphragmatique. La zone claire, correspondant à la poche à air, était seule au-dessus du diaphragme.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Wuart. *Société de Chirurgie*, juillet 1917

Plaie perforante de la base du thorax par balle de fusil; entrée à gauche, sortie à droite. Symptômes à la fois péritonéaux et pulmonaires. Extraction de la balle sous-cutanée. Guérison. Neuf mois après, subitement, au cours d'un voyage, crise gastrique avec douleurs, vomissements, pendant trois jours. Depuis crises répétées et de même nature.

On envoie le malade dans un service de chirurgie : une radio-scopie fait facilement diagnostiquer une sténose médio-gastrique ; la présence à jeun d'une zone sombre à la base gauche du thorax, l'invisibilité du diaphragme, la présence d'une encoche fixe et profonde sur le bord droit de l'image gastrique, la situation extrêmement élevée de l'estomac et son immobilité totale, tous signes constituant un faisceau de symptômes en faveur d'une hernie de l'estomac. L'opération démontre en effet l'existence d'un large orifice diaphragmatique, faisant communiquer la cavité abdominale avec une cavité sus-diaphragmatique dont on extrait facilement, car aucune adhérence ne les y fixe, le tiers supérieur de l'estomac avec toute la grosse tubérosité, plusieurs anses grêles, un peu de la portion gauche du côlon transverse. On parvient à oblitérer presque complètement la brèche diaphragmatique à l'aide de gros catguts. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Guérison sans complication.

Cette observation est intéressante par sa rareté, par la netteté des signes de sténose gastrique ; par l'exactitude du radio-diagnostic, par l'heureuse issue de l'opération menée par la voie abdominale ; cependant l'auteur pense que la voie pleurale eût mené plus aisément encore à la cure de la hernie.

CONCLUSIONS

La hernie diaphragmatique est une affection rare. Elle est le plus souvent d'origine traumatique, de là sa fréquence relative depuis la guerre.

Peu étudiée avant la guerre, elle commence à être bien connue et dans son étiologie et dans son allure clinique.

Le diagnostic clinique est possible et basé sur la nature spéciale des symptômes gastriques accusés par le malade. Ce diagnostic demande à être confirmé par l'examen radioscopique qui lève les doutes.

Le traitement est essentiellement chirurgical. La technique opératoire est actuellement bien réglée.

Les résultats post-opératoires sont bons et les dernières statistiques sont tout à fait encourageantes.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Les blessures de l'abdomen; deux cas de hernie diaphragmatique. Coll. *Horizon*, 1 vol., p. 20, 1917.
- AUZELLI. — Hernies diaphragmatiques. Th. Paris, 1842.
- AUVRAY. — Un cas de hernie diaphragmatique. *Bulletin Société de chirurgie*, 6 mai 1919.
- ANNEQUIN. — *Archives de méd. et pharmacie militaires*, t. XXI, 1883.
- BAUMGARTNER. — Treize cas de plaies thoraco-abdominales. *Bulletin Société de chirurgie*, 23 avril 1917.
- Deux observations de hernie transdiaphragmatique suite de plaies de guerre. *Bulletin Soc. chirurgie*, 4 février 1919.
- BÉRARD et GALLOIS. — A propos d'un cas de hernie diaphragmatique étranglée. *Bulletin médical*, 1898.
- BLUM et OMBRÉDANNE. — Hernies diaphragmatiques. *Arch. de médecine*, janvier 1896.
- BOUSSAC. — Thèse Paris, 1887.
- CHAMBERLAND et PRINCETEAU. — Des hernies transdiaphragmatiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.
- CHÉNIER. — Comptes rendus Soc. chirurgie, 16 juill. 1919.
- COTTE. — Hernie diaphragmatique de l'estomac, du côlon

transverse, épiploon et rate. Société de chirurgie, 16 juillet 1919.

DESPRÈS (A.). — *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, Paris, 1869, t. XI, article: diaphragme.

DUJARIER. — Deux cas de hernies diaphragmatiques. Soc. de chirurgie, 18 juin 1919.

DUGUET. — Hernies diaphragmatiques. Thèse inaugurale, 1855.

FOWLER. — Diaphragmatic hernia. *American journal of surgery*, février 1914.

GAUDIER. — Hernie diaphragmatique de l'estomac, du côlon transverse et de l'épiploon. Société de chirurgie, 11 juin 1919.

GRANGE. — Contribution à l'étude de quelques hernies rares au point de vue de leur siège. Th. Lyon, 1896.

GREEN. — Stab wounds of the chest involving in the diaphragm. *Journal of american association*, 15 juillet 1916.

GROSS RÖHMER et VAUTRIN. — *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 812.

HALLOPEAU. — Hernie transdiaphragmatique de l'estomac. Société de chirurgie, 14 mars 1917.

HILDEBRAND. — Hernie diaphragmatique. *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, 1914.

LECÈNE. — Deux cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac. *Journal de chirurgie*, février 1918.

LEFORT. — *Bulletin Société de chir.*, 1918, p. 95.

LEGRAIN, QUÉNU et RICHARD. — Un cas de hernie diaphragmatique. *Paris Médical*, 12 février 1916.

MARAGLIANO. — In *Riforma medica*, 1897.

MEUNIER. — Thèse Paris, 1889.

ORRI et DEVULDER. — Hernie diaphragmatique. Réunion gynécologique de Lille, 18 février 1914.

- PERMANN ARSBER. — Frau Sabbats Spieklun. Stockholm, 1889.
- PETERS. — Über Zwerchfellbrüche. *Deutsche Med. Woch.*, juillet 1919.
- SCHWARTZ et ROCHARD (E.). — *Revue de chirurgie*, 1892.
- SERBERT. — Diaphragmatic hernia. *Journal of surgery and obstetric*, 4 octobre 1916.
- SYMONDS. — Hernie diaphragmatique ayant entraîné la mort sept mois après. *Journal de chirurgie*, p. 511, 1918.
- VITRAC. — Hernie diaphragmatique étranglée. *Journal de médecine de Bordeaux*, août 1916.
- VORONET BACHELARD. — Hernie diaphragmatique chez un nouveau-né. Soc. sciences médicales, Lyon, 10 juin 1914.
- WALTHER. — Un cas de hernie diaphragmatique.
- WEISS. — Un cas de hernie diaphragmatique par contusion. Réunion médico-chirurgicale de la VIII^e armée, 6 février 1917.
- WIART. — Hernie diaphragmatique de l'estomac et du côlon transverse, consécutive à une plaie de guerre; opération; guérison. Société de chirurgie, 4 juillet 1917.
- WOOD. — Eventration of the diaphragm. *Journal of surgery*, août 1916.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 26 septembre 1919.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 26 septembre 1919.
Le Doyen,
MAIRET.



